

問診表

カルテ ID: _____

受付日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

当院を初めて受診される方は下記の質問にお答えの上、受付へご提出ください。

ふりがな				
氏名	明治・大正・昭和・平成	年	月	日生
			男・女	
住所	〒			
				電話番号

1. どのような症状ですか？該当するものに○をつけてください。

尿の勢いが悪い・血尿がでた・尿の回数が多い・夜トイレに起きる・残尿感がある・尿が漏れる
排尿時の痛み・下腹部の痛み・背中が痛い・性感染症が心配・精液に血が混じる・ED治療希望
その他 ()

2. 症状が出たのはいつ頃ですか？ ()

3. 現在、治療中の病気がありますか？ ない・ある ()4. 現在服用されているお薬はありますか？ ない・ある ()

*お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください。

5. いままで薬や食べ物等でアレルギーを起こしたことがありますか？

ない・ある 薬名 ()
食べ物名 ()

6. 嗜好品についてお伺いします。

アルコール (1日) たばこ (1日 本、何年間:)

7. 女性の方のみお答えください。妊娠中ですか？また、妊娠の可能性はありますか？

ない・ある

8. 当院をどのようにして知りましたか？

インターネット・広告(チラシ・雑誌)・知人 家族からの紹介・看板他医療施設からの紹介()・その他()